



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**"Correlación clínico-patológico de las enfermedades  
tumores. Servicio de Dermatología, Hospital  
Nacional Dos de Mayo. Enero-diciembre, 2007"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Dermatología

**AUTOR**

Bertha Alicia BARQUINERO FERNÁNDEZ

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Barquinero B. Correlación clínico-patológico de las enfermedades tumorales. Servicio de Dermatología, Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-diciembre, 2007 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

**Correlación clínico – patológica de las enfermedades tumorales.  
Servicio de dermatología, Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero –  
Diciembre 2007**

**AUTORA:** Bertha Alicia Barquinero Fernández

Médico Residente de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.

**RESUMEN**

**OBJETIVO:** Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las enfermedades tumorales en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2007.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. La población esta constituida por los pacientes sometidos a biopsia en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo por patología tumoral benigna o maligna, durante los meses de enero a diciembre 2007. Se revisó las historias clínicas y los informes anatomopatológicos de los pacientes con la finalidad de determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico de acuerdo al tipo de tumor cutáneo, distribución por localización topográfica y sexo del paciente. La información recolectada fue consignada en una ficha de recolección de datos diseñado para el presente estudio que pasó a formar una base de datos con fines de registro y procesamiento estadístico.

El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15.0. Se realizó estadística bivariada con la prueba chi cuadrado con un intervalo de confianza del 95 %.

**RESULTADOS:** Se evaluó en total 152 diagnósticos clínicos y anatomopatológicos de neoplasias de la piel, el 60.5 % correspondió a neoplasias benignas y el 39.5 % a neoplasias malignas. Se encontró correlación clínico-patológica en el 67.8 % de neoplasias, no existiendo diferencia estadísticamente significativa para las de tipo benigno y maligno ( $p = 0.384$ ).

El análisis de los diagnósticos clínico y anatomopatológico para los tumores benignos mostró correlación en el 66.3 % de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron con mayor frecuencia discordancia con la histopatología fueron las verrugas vulgares (4/31), queratosis seborreica (3/31), pilomatrixoma (3/31) y cuerno cutáneo (3/31).

Para los tumores malignos, existió correlación entre los diagnósticos clínico y anatomopatológico en el 70.0 % de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron con mayor frecuencia discordancia con la anatomopatología fueron el carcinoma basocelular (7/18), carcinoma espinocelular (3/18), melanoma maligno (2/18) y linfoma cutáneo (2/18).

**CONCLUSIÓN:** Existe un nivel moderado (67.8 %) de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo con predominio no estadísticamente significativo en las neoplasias benignas.

**PALABRAS CLAVE:** Correlación clínico-patológica, neoplasias benignas, neoplasias malignas de la piel.

## **Clinico-pathological correlation between the tumoral diseases. Service of Dermatology, National Dos de Mayo. January – December 2007.**

### **ABSTRACT:**

**OBJETIVE:** To determinate the correlation between the clinical and the anatomopathological diagnosis in the tumoral pathology in the Service of Dermatology, Hospital Nacional Dos de Mayo since january to december 2007.

**METHOLOGY:** Descriptive, retrospective and observational study. Population was the patients that suffered a biopsy ordered by the Service of Dermatology, Hospital Nacional Dos de Mayo due to benigne or malignant tumoral pathology, since january to december 2007. Clinical records and the anatomopathological reports were revised to determinate the correlation between the clinical and the anatomopathological diagnosis according the type of cutaneos tumor, distribution by topographic localization and sexe of the patient. Recolected data constituted a data base for registration and statistics process.

The statistics programme SPSS version 15.0 was used to processing the data. Bivariated statistics was used with the chi square, the interval of confidence is 95%.

**RESULTS:** 152 clinical and histopathologic diagnosis of cutaneus neoplasias were evaluated, 60.5% were benignal neoplasias and 39.5 % malignant neoplasias. There were a clinical- pathological correlation in the 67.8 % of neoplasias, no statistically significant difference between both groups were showed ( $p = 0.384$ ).

The análisis for the clinical and histopathological diagnosis for benignal tumors showed a correlation in the 66.3% of the cases. Clinical diagnosis that showed more frequently discordance with the histopathology were verruca vulgaris (4/31), seborrheic keratosis (3/31), pilomatrixoma (3/31) y cutaneous corn (3/31).

There was a correlation, for malignant tumors, between the clinical and the histopathological diagnostics in the 70.0 % of the cases. The clinical diagnosis that showed a major discordance with the histopathology were the basal cell carcinomas

(7/18), espinocelular carcinoma (3/18), malignant melanoma (2/18) y cutaneous lymphoma (2/18).

**CONCLUSIONS:** There is a moderated level (67.8 %) of correlation between the clinical an anatomopatologic diagnosis fot tumoral pathology in the Service of Dermatology of the Hospital Nacional Dos de Mayo with a prevalence no statistics significant, on the benign neoplasias.

**KEY WORDS:** clinical and pathological correlations, benign neoplasias, malignant cutaneous neoplasias.

## ÍNDICE

	<b>Páginas:</b>
<b>CAPITULO I: DATOS GENERALES</b>	
1.1 Título .....	07
1.2 Área de investigación.....	07
1.3 Autor responsable del proyecto.....	07
1.4 Asesor.....	07
1.5 Institución.....	07
1.6 Coordinación.....	07
1.7 Duración.....	07
<b>CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
2.1 Planteamiento del problema.....	08
2.1.1 Descripción del problema.....	08
2.1.2 Antecedentes y fundamentación científica.....	08
2.2 Formulación del problema.....	19
2.3 Hipótesis.....	19
2.4 Objetivos de la investigación.....	19
2.5 Evaluación del problema.....	19
2.6 Justificación e importancia del problema.....	20
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo de estudio.....	21
3.2 Diseño de la investigación.....	21
3.3 Población y muestra de estudio.....	21
3.4 Variables y operacionalización de variables.....	21
3.5 Técnica y método de trabajo.....	21
3.6 Instrumento de recolección de datos.....	22
3.7 Procesamiento y análisis de datos.....	22
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS DE DATOS</b>	
4.1 Resultados.....	23
4.2 Discusión.....	29
4.3 Conclusiones.....	34
4.4 Recomendaciones.....	35
<b>CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36
<b>CAPITULO VI: ANEXOS</b>	
6.1 Ficha de recolección de datos.....	39
6.2 Definición y operacionalización de variables independientes.....	39
6.3 Definición y operacionalización de variables dependientes.....	40



## **CAPITULO I: DATOS GENERALES**

### **1.1 Título:**

Correlación Clínico – Patológica de las enfermedades tumorales. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero –Diciembre 2007.

### **1.2 Área de investigación:**

Clínica

### **1.3 Autor responsable del proyecto:**

Bertha Alicia Barquinero Fernández  
Médico Residente de Dermatología

### **1.4 Asesor:**

Dr. Carlos Galarza Manyari  
Tutor del Postgrado de Dermatología de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Hospital Nacional Dos de Mayo

### **1.5 Institución:**

Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo.

### **1.6 Coordinación:**

- Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Dos de Mayo
- Oficina de Archivo de Historias Clínicas del Hospital Nacional Dos de Mayo
- Oficina de Estadística.

### **1.7 Duración:**

4 meses.

## **CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Planteamiento del problema:**

#### **Descripción del problema.**

La biopsia de piel es una técnica diagnóstica útil debido a la facilidad para acceder a la piel y a la diversidad de métodos disponibles para el estudio de las muestras obtenidas (microscopia óptica, inmunofluorescencia, inmunohistoquímica, microscopia electrónica y reacción en cadena polimerasa) siendo insustituible el estudio histopatológico.

Sin embargo hay que señalar que el examen microscópico de la piel tiene sus limitaciones, tanto como la exploración clínica por lo que pueden ser complementados por otros exámenes como la dermatoscopia con la finalidad de incrementar la precisión en el diagnóstico <sup>(1,2)</sup>. Estas limitaciones son las que dan lugar en muchos casos a discordancias entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de los tumores cutáneos.

#### **Antecedentes y fundamentación científica**

La dermatopatología es considerada insustituible en el diagnóstico del cáncer de piel. Existen una variedad de tumores cutáneos en los cuales puede ser difícil diferenciar su estirpe benigna o maligna. Así por ejemplo existen tumores benignos que pueden simular un melanoma (nevus de Spitz, nevus melanocíticos recurrentes, nevus melanocíticos acrales, genitales o en la región de la línea mamaria, nevus irritados o expuestos al sol recientemente, entre otros) <sup>(2,3)</sup>

Después de un minucioso examen de las patologías tumorales, cierto número de lesiones siguen siendo ambiguas, siendo allí, fundamental el correlato clínico – patológico para la definición de las mismas. <sup>(4,5)</sup>

A continuación definiremos la patología tumoral cutánea más común en nuestro medio.

## **PATOLOGÍA TUMORAL CUTÁNEA BENIGNA**

Se define como patología tumoral cutánea benigna a todo proceso proliferativo derivado de células propias de la piel o anexos cutáneos sin capacidad de invasión a distancia y/o destrucción local<sup>(3)</sup>. Como por ejemplo:

### ***Quiste epidérmico (quiste de queratina, quiste sebáceo, quiste epidermoide) :***

Formado por la proliferación de una pared epidérmica dentro de la dermis y la producción de queratina dentro de su luz que da como resultado el quiste. Se origina principalmente por la oclusión de un folículo pilosebáceo, afecta por igual ambos sexos, son más frecuentes en adultos que en niños. Generalmente, la lesión aparece sobre el rostro, cuello, pecho, parte superior de la espalda, genitales o detrás de los oídos. Histológicamente tiene una pared compuesta por epidermis. <sup>(4)</sup>.

***Quistes dermoides:*** Habitualmente se trata de lesiones bien delimitadas, constituidas por una cápsula fibrosa, con un revestimiento de epitelio escamoso y que contienen un material pastoso amarillento, encontrándose también característicamente anexos cutáneos (pelos, glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas). Pueden localizarse en cualquier punto del organismo, especialmente en relación a suturas y hendiduras embrionarias. Son más frecuentes en cabeza y cuello, destacando especialmente los de la cola de ceja <sup>(6)</sup>.

***Quiste dermoide de implantación:*** Se postula que esta lesión produce pequeños implantes de epitelio escamoso estratificado dentro de la dermis, los cuáles no reúnen las características histológicas de un verdadero quiste dermoide, contienen una sustancia blanquecina consistente en material acelular, se encuentran principalmente en las palmas de las manos <sup>(4,6)</sup>.

***Papiloma espinocelular:*** Constituido por epitelio estratificado con mayor desarrollo del estrato espinoso y del estrato córneo. La proliferación tumoral del epitelio de revestimiento hace que éste forme pliegues y repliegues solevantados <sup>(2)</sup>.

***Queratosis seborreica:*** Tumor epitelial benigno más frecuente, suele aparecer en personas mayores de 40 años, y se localizan con mayor frecuencia en cabeza, cuello y tronco. Pueden ser únicas, o múltiples. Aparecen como lesiones aplanadas, bien delimitadas, de color amarillento o marrón; posteriormente adquieren un aspecto

sobreelevado, verrugoso, de superficie untuosa o hiperqueratósica. Las lesiones muy pigmentadas deben diferenciarse del carcinoma basocelular pigmentado y del melanoma maligno. <sup>(4,7,8)</sup>.

***Tricoepitelioma (epitelioma adenoide quístico, tricoepitelioma múltiple familiar):***

Tumor que deriva del folículo piloso que aparece o como un nódulo firme de color de la piel, o como pápulas rosadas agrupadas habitualmente en la cara. Se trata de un tumor no hereditario que se observa habitualmente al comienzo de la edad adulta. En ocasiones, se presenta en la infancia. El tumor solitario puede ser difícil de distinguir del carcinoma basocelular <sup>(9)</sup>.

***Queratosis Actínica (Queratosis solar):*** Se presentan como placas típicamente escamosas y rojizas. Surgen generalmente sobre piel expuesta crónicamente al sol. Suelen ser menores de 1 cm de diámetro y son más comunes en hombres mayores, probablemente relacionado a su exposición solar ocupacional. Se les considera lesiones potencialmente precursoras de carcinomas espinocelulares <sup>(3)</sup>.

***Pilomatrixoma (epitelioma calcificante de Malherbe):*** Se origina a partir de las células de la vaina radicular externa y matriz del folículo piloso. Puede aparecer a cualquier edad, aunque tiene un primer pico en la infancia y adolescencia (5 a 15 años) y un segundo pico entre los 50 y 65 años siendo ligeramente más frecuente en mujeres. Se localiza comúnmente en cara, cuello y extremidades superiores. Respeta mucosas, palmas y plantas. Se presenta como un nódulo dérmico o subcutáneo, usualmente solitario, de consistencia dura o pétrea, móvil <sup>(7)</sup>.

***Nevus melanocítico (NM):*** Proliferación anormal benigna de los melanocitos de la piel que tienden a agruparse en nidos o tecas <sup>(2)</sup>. Se pueden clasificar en:

**\* *Nevus melanocíticos congénitos (NMC):*** Proliferaciones de melanocitos que se encuentran presentes al nacer; sin embargo, algunos NM aparecidos durante los primeros meses de vida alcanzan con posterioridad el tamaño y las características de los NMC <sup>(2-4)</sup>. Se consideran NMC de pequeño tamaño a aquellos de menos de 1.5 cm de diámetro, nevus melanocíticos congénitos gigantes (NMCG) a los mayores de 20 cm y NMC medianos o intermedios al resto. En los NMCG se ha determinado que el riesgo de desarrollar un melanoma durante los primeros quince años de vida se sitúa alrededor del 6%. La malignización de los NMCG, cuando

ocurre, tiene lugar durante los primeros años de la vida. Así, el 70% de los melanomas malignos sobre NMCG aparecen antes de la pubertad, el 60% antes de los 10 años y el 50% antes de los 3 años <sup>(2,4)</sup>

\* ***Nevus melanocíticos adquiridos:*** se pueden clasificar de acuerdo a su estadio en la piel como:

- ***Nevus de Unión:*** Representado por nidos de células névicas localizadas en la unión dermoepidérmica; Clínicamente son máculas negras redondas u ovales de 3 a 5 mm localizadas frecuentemente en las superficies acrales.
- ***Nevus Compuesto:*** Definido por la presencia de nidos de células névicas localizadas en la unión dermoepidérmica y la dermis; clínicamente son nódulos firmes de color negro o café de dimensiones alrededor de 10 mm pudiendo emerger pelos de la superficie.
- ***Nevus Intradérmico:*** Formaciones intradérmicas caracterizadas por nódulos blancos, blandos de superficie cerebriforme y usualmente protruyen pelos de su superficie <sup>(2,4)</sup>.

Hay que diferenciar el NM como lesión precursora de melanoma maligno y el NM como marcador de riesgo para el desarrollo de melanoma. En relación al primer punto, aunque es incuestionable la transformación maligna de algún NM adquirido, la probabilidad de que esto ocurra se estima en 1/100.000 nevus y la probabilidad de que el paciente muera como consecuencia de ello de 1/500.000. Este riesgo estimado no justifica en absoluto la exéresis sistemática de los NM adquiridos. Por otra parte, la presencia de múltiples NM parece que incrementa el riesgo de padecer un melanoma <sup>(3)</sup>.

***Lipoma:*** Proliferación circunscrita de tejido celular subcutáneo muy frecuente, únicos o múltiples. Predominan en los hombros, la espalda, los brazos, las piernas, la frente y la nuca. Tienen una consistencia elástica a la palpación. Cuando se localizan en la región lumbosacra, debe descartarse una espina bífida o un meningocele subyacente. Desde el punto de vista histológico son lesiones delimitadas por una cápsula de tejido conectivo compuestas por adipocitos normales <sup>(1)</sup>.

***Dermatofibroma:*** También llamado fibroma duro, histiocitoma o histiocitoma fibroso benigno. Es un tumor muy frecuente que aparece fundamentalmente en las extremidades inferiores de mujeres de edad media; puede afectar a personas de cualquier edad o sexo y aparecer en cualquier localización. Algunos pacientes refieren el antecedente de traumatismo o picadura de insecto previo. Son pápulas o nódulos, únicos o múltiples, duros, engastados en la piel, de 0,5 a 3 cm de diámetro, de color marrón o negro azulado. Histológicamente se trata de una lesión dérmica o dermoepidérmica, mal delimitada, compuesta por proporciones variables de fibroblastos, histiocitos, colágeno joven, colágeno maduro y capilares<sup>(2)</sup>.

***Schwannoma (neurilemoma):*** Tumor derivado de las células de Schwann, es el más frecuente entre los tumores de los nervios periféricos y generalmente afecta a nervios sensitivos<sup>(8)</sup>. Clínicamente se presentan como un nódulo firme, elástico, bien delimitado, de superficie de corte gris blanquecina, a veces mucoidea. Histológicamente está constituido de células fusiformes bipolares con finas fibrillas dispuestas en haces entrecruzados<sup>(3,8)</sup>. La localización más frecuente es en el tejido celular subcutáneo de cuello y cabeza seguido de extremidades, tronco, mediastino y retroperitoneo<sup>(8)</sup>.

## **PATOLOGÍA TUMORAL CUTÁNEA MALIGNA**

Se define como patología tumoral cutánea maligna a todo proceso proliferativo derivado de células propias de la piel o anexos cutáneos con capacidad de invasión a distancia y/o destrucción local. Como por ejemplo:

***Carcinoma basocelular (epitelioma basocelular, basalioma ulcus rodens, ulcera de Jacobi, carcinoma corrosivo):*** Tumor cutáneo maligno más frecuente, representa el 60% de los cánceres de piel. Su incidencia aumenta con la edad y presenta una distribución algo mayor en el varón en relación a la mujer 2:1<sup>(10)</sup>. Se origina de las células madre pluripotenciales de la capa basal de la epidermis y de los folículos germinativos pilosebáceos, sin afectar las mucosas de manera primaria<sup>(11,12)</sup>.

Pese a tratarse de un tumor maligno metastatiza excepcionalmente, lo contrario a lo que ocurre con el carcinoma epidermoide y el melanoma <sup>(8,9,10,11,12,13,14)</sup>. Sin embargo, sí tiene poder destructor local, lo que unido a su localización mas frecuente en la cara, hace que el diagnóstico y tratamiento precoces sean importantes. Los factores favorecedores para el desarrollo de estos tumores son la exposición solar y el tipo de piel. <sup>(9,10,13)</sup>.

Es variable clínicamente en cuanto a su presentación, lo cual en ocasiones puede hacer difícil su diagnóstico, la presentación mas frecuente es en forma de pápula perlada con telangectasias en su superficie, que tiende a localizarse en el canto interno del ojo, nariz o frente, esta ubicación corresponde al 95% de los carcinomas basocelulares, al evolucionar el centro puede ulcerarse pero los bordes siguen con las mismas características<sup>(10)</sup>.

***Carcinoma espinocelular (carcinoma escamoso, carcinoma epidermoide):*** Tumor maligno que deriva de queratinocitos alterados, del cuerpo mucoso de Malpighi de la epidermis<sup>(16)</sup>. Crece de forma destructiva y metastatiza principalmente por vía linfática <sup>(10,13)</sup>. Es el primer tumor en incidencia en personas de raza negra, y el segundo más frecuente en personas de raza blanca e hispanos, mayores de 60 años <sup>(13)</sup>. Son factores predisponentes la radiación ultravioleta, en primer lugar, pero también radiaciones ionizantes, quemaduras, úlceras o lesiones dermatológicas crónicas, tabaco y mal estado dentario (en el carcinoma de labio), inmunosupresión, infección viral por VIH, etc. Suele aparecer como una lesión úlcero-costrosa de fondo vegetante sobre una base indurada, a veces dolorosa al tacto. La localización más frecuente es cara, labio inferior, dorso de manos y antebrazos, pero puede aparecer en cualquier lugar<sup>(10,13)</sup>.

***El melanoma maligno cutáneo (MMC):*** Neoplasia que se origina en los melanocitos de la piel, mucosas y en las células pigmentadas del globo ocular. Aunque sigue siendo un tumor poco frecuente, su incidencia se duplica cada 10-20 años. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años, representando el 3% de los tumores malignos. Su potencial maligno se refleja en que es el causante de la mayor parte de las muertes por cáncer cutáneo cuando solo representa el 4% de los mismos <sup>(15,17)</sup>.

Nuevas técnicas como la biopsia del ganglio centinela están permitiendo la realización de una mejor clasificación y se están incorporando nuevas pautas de tratamiento al manejo de esta enfermedad, lo que ha hecho cobrar un nuevo interés al conocimiento de los factores pronósticos<sup>(15)</sup>. Actualmente se maneja la siguiente clasificación clínica:

- Léntigo maligno, se presenta en áreas expuestas al sol, de color canela a negro, larga fase de crecimiento radial.
- Melanoma de extensión superficial, en miembros inferiores en la mujer y en la zona superior de la espalda en el varón, mácula pigmentada y policroma de bordes irregulares, fase de crecimiento radial de duración intermedia.
- Melanoma lentiginoso acral, se presenta en palmas, plantas y dedos de manos y pies, presenta fase de crecimiento radial de años de duración, pero en muchas ocasiones pasa desapercibida.
- Melanoma nodular, en tronco y en miembros inferiores, sobre todo aparece en el varón, color negro azabache, no presenta fase de crecimiento radial<sup>(15)</sup>.

Histológicamente el grado de compromiso vertical puede establecerse por los niveles de Clark: Nivel I limitado a epidermis, Nivel II atraviesa la membrana basal, Nivel III limita con dermis reticular, Nivel IV se extiende por dermis reticular, y Nivel V se extiende a la grasa subcutánea. Clark y col. encuentran una correlación inversa entre la supervivencia y el grado de profundidad tumoral, informando que las tasas de supervivencia a cinco años son 95%, 82%, 71% y 39% para los niveles de Clark II, III, IV y V respectivamente. De este modo, los niveles de Clark son los indicadores pronósticos más confiables de supervivencia en este grupo de pacientes<sup>(15,17)</sup>

***El carcinoma de células de Merkel (carcinoma trabecular):*** Tumor primitivo cutáneo de tipo neuroendocrino, poco frecuente, de mal pronóstico y baja sobrevida, que se caracteriza por ser proclive a la invasión ganglionar y vascular temprana, asociadas ambas a un alto porcentaje de recurrencia dentro del primer año de la extirpación del tumor. Se presenta con mayor frecuencia en adultos de raza blanca mayores de 65 años<sup>(18)</sup>. Se localiza con preferencia en áreas expuestas a la acción de los rayos ultravioleta; 55% en cabeza y cuello, 40% en miembros, y 5% en tronco. En el 27% de los casos este tumor maligno se asocia con la existencia



concomitante de otras neoplasias cutáneas como la enfermedad de Bowen, carcinoma basocelular carcinoma espinocelular <sup>(18,19)</sup>. Puede aparecer como una neoplasia secundaria en pacientes con alteraciones inmunológicas de distintas etiologías; leucemia linfocítica, linfoma de células B, mieloma múltiple y también en pacientes sometidos a trasplante de órganos o con tratamiento prolongado con inmunosupresores<sup>(19)</sup>.

El diagnóstico anatomopatológico es difícil ya que puede ser fácilmente confundido con metástasis cutáneas de otros tumores como: sarcoma de Ewing, tumor de células pequeñas de pulmón (oat cell) o neuroblastoma. El diagnóstico de certeza requiere el empleo de la microscopía electrónica y de la inmunohistoquímica<sup>(18)</sup>.

***El fibroxantoma atípico:*** Tumor fibrohistiocítico, que afecta a ambos sexos por igual y tiene mayor incidencia en el adulto mayor. Habitualmente se localiza en piel fotoexpuesta, con mayor frecuencia en cabeza y cuello. La histopatología es característica. Presenta células fusiformes en un estroma de colágeno o a veces mixoide mezcladas con células multinucleadas y células epiteloideas, también pueden verse figuras mitóticas <sup>(20)</sup>.

***El dermatofibrosarcoma protuberans:*** Neoplasia dérmica de crecimiento lento y malignidad local, de origen aún no bien establecido, recurrente en la mayoría de los casos después de su escisión, y que rara vez da metástasis <sup>(21)</sup>. Constituye menos del 0.1% de todos los tumores malignos. Su incidencia ha sido calculada en 0.8 a 5 casos por un millón de personas al año. Predomina en adultos jóvenes entre los 20 y 50 años de edad, aunque existen reportes de su presentación al nacimiento o durante la infancia. Afecta a todas las razas, observándose una mayor incidencia en la raza negra. Tiene predilección por el sexo masculino, en una proporción 5:4. No se ha encontrado algún componente hereditario o familiar que se relacione con su aparición <sup>(21)</sup>.

***La enfermedad de Paget extramamaria:*** Carcinoma intraepidérmico, se caracteriza clínicamente por una placa eccematosa de crecimiento lento y desde el punto de vista histológico, por la presencia en epidermis de células voluminosas claras con un perfil inmunohistoquímico glandular apocrino. Tiene predilección por personas

de edad avanzada con predominio en mujeres en quienes la zona más frecuentemente comprometida, es la vulva. En hombres afecta la región genitoanal. El síntoma de presentación comúnmente observado es el prurito intenso <sup>(22)</sup>.

***El angiosarcoma cutáneo:*** asienta en dermis o tejido celular subcutáneo superficial y no es encapsulado; clínicamente su aspecto es el de máculas y placas azuladas rodeadas de piel normal que luego se ulceran y sangran <sup>(23)</sup>. En el angiosarcoma de partes blandas el síntoma más común es el de una masa de crecimiento progresivo o que causa dolor, el sangrado se observa en casi un tercio de los casos. Se ubica con mayor frecuencia en miembros inferiores (43%), a diferencia del angiosarcoma cutáneo, cuya localización en el 50% de los casos es en cabeza y cuello (principalmente cuero cabelludo en varones de edad avanzada), pudiendo estar bien delimitado o ser infiltrativo <sup>(23)</sup>.

***El carcinoma sebáceo:*** es un tumor maligno derivado del epitelio de las glándulas sebáceas. Puede observarse en párpados o en otros sitios, y exhibir tal variedad de patrones de crecimiento histológico y presentaciones clínicas, por lo cual el diagnóstico es a menudo retrasado por meses o años.

La imagen histológica hace el diagnóstico preciso. Sin embargo, es necesario en ocasiones estudios de inmunohistoquímica o microscopia electrónica que nos ayuden a determinar la estirpe celular de estos tumores <sup>(24)</sup>

***Los leiomiosarcomas primarios de partes blandas superficiales, piel y tejido subcutáneo:*** son lesiones raras e infrecuentes, ya que representan entre el 3 y el 6,5% de los sarcomas de partes blandas, los cuales, además, constituyen un 0,7% de las neoplasias situadas en esta localización <sup>(25)</sup>.

Estos tumores derivan de las fibras musculares del músculo erector del pelo, de las fibras musculares entorno o alrededor de las glándulas sudoríparas o de las fibras musculares del tejido vascular localizadas en la unión dermoepidérmica <sup>(25)</sup>.

Los leiomiosarcomas de partes blandas superficiales se dividen, por criterios histopatológicos, en cutáneos o intradérmicos y en subcutáneos, división que tiene interés desde el punto de vista pronóstico-evolutivo de la enfermedad. Son tumores

de origen desconocido y sólo de una forma anecdótica se han encontrado asociados a traumatismos o a exposición a radiaciones <sup>(25)</sup>.

La expresión clínica de estas neoplasias es inespecífica, lo que hace que en la mayoría de casos el diagnóstico sea histopatológico y no clínico <sup>(25)</sup>.

***Poroma ecrino maligno (porocarcinoma):*** se localiza en extremidades, suele ser polipoide, duro, ocasionalmente sangrante y generalmente no metastatiza, tiene la misma arquitectura que su contrapartida benigna pero las células basaloides son más grandes, tienen signos de atipia y ocasionales mitosis con la tendencia a necrosarse. Los agregados son más anchos y hay desorganización arquitectural <sup>(26)</sup>.

***Carcinoma anexial microquístico (carcinoma esclerosante de glándula sudorípara):*** Es un tumor que afecta la cara y cuello de gente joven, se presenta como una placa indolente de crecimiento lento, especialmente en el labio superior. Histológicamente muestra su carácter invasivo al extenderse profundamente entre un estroma fibroso e inclusive muscular. Los agregados basaloides más superficiales son más diferenciados y pueden contener luces que semejan ductos. En las partes más profundas del tumor los cordones se transforman en hileras de células pequeñas algunas claras que muestran infiltración y diseminación perinerviosa, la diferenciación ecrina es característica <sup>(26)</sup>.

Como lo citamos en un principio la sensibilidad del diagnóstico clínico para las lesiones tumorales en dermatología es variable de acuerdo a las series publicadas sin embargo en la mayoría de los casos es baja sobre todo para los médicos de atención primaria, algunos estudios la sitúan entre un 40 a 80%, y en el caso de lesiones pigmentadas esta suele ser incluso menor <sup>(27)</sup>.

En estos estudios los investigadores usan como prueba insustituible la histopatología, así por ejemplo Sellheyer y col. realizaron un estudio comparando el juicio clínico de los dermatólogos con otros especialistas, encontrando que el diagnóstico de los primeros correlaciona con el histopatológico casi el doble de veces que los demás médicos <sup>(28)</sup>.

En este estudio los médicos de familia solo reconocen correctamente el 26% de la patología tumoral, en comparación con el 75% de los dermatólogos <sup>(28)</sup>.

Otro estudio demostró que los dermatólogos diferenciaron correctamente el 83% entre la patología benigna de la maligna en comparación a los cirujanos y otros especialistas que llegaron a determinar correctamente solo el 55%<sup>(28,29)</sup>

Coincidiendo con estos hallazgos un estudio reciente demuestra que los médicos de familia pudieron discernir correctamente entre la patología benigna de la maligna en un 47% de las veces<sup>(30)</sup>

Por el contrario otra publicación presenta resultados diferentes a los anteriores demostrando una sensibilidad alta y similar entre el juicio clínico de los dermatólogos y médicos generales, siendo esta 89% para el carcinoma basocelular, 90% para el carcinoma escamoso, y 60% para el melanoma, solamente en este ultimo caso la sensibilidad de los dermatólogos fue mayor<sup>(29)</sup>

Los investigadores proponen que estos resultados se deberían a que los dermatólogos tienen un mejor juicio clínico para diferenciar la patología tumoral cutánea debido a su mayor entrenamiento; sin embargo, aún en estos especialistas pueden existir situaciones en las cuales no se realiza un diagnostico correcto, por lo que es importante realizar estudios para determinar cuál es la sensibilidad del diagnóstico clínico en nuestro medio, radicando su importancia, sobre todo, en lo que se refiere a la detección temprana de la patología tumoral maligna la cual mejora la sobrevida y el pronostico de los pacientes.<sup>(31,32)</sup>

## **2.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el grado correlación entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos de la patología tumoral en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo?

## **2.3 Hipótesis**

Existe buena correlación entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos en la patología tumoral del servicio de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

## **2.4 Objetivos de la investigación**

### **General.**

Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en patología tumoral en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2007.

### **Específicos.**

- Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en patología tumoral benigna en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2007.
- Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en patología tumoral maligna en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2007.
- Determinar si el sexo y localización topográfica de la lesión influyen en el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de patología tumoral en el servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2007.

## **2.5 Evaluación del Problema**

La determinación del grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para los tumores cutáneos es un fenómeno que ha sido poco estudiado en nuestro medio. De este modo, no se ha estudiado cuáles son los tumores benignos o malignos en los que el diagnóstico clínico tiene mayor grado de concordancia y discordancia con el diagnóstico anatomopatológico.

## **2.6 Justificación e importancia del problema**

Conocer el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la patología tumoral nos permitirá establecer una conducta expectante en los casos en los que se reconozca haya menor correlación; así como la implementación de las medidas correctivas que apunten a la mejora de la misma.

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio:**

Estudio descriptivo.

### **3.2 Diseño de investigación:**

El diseño corresponde a un estudio retrospectivo y observacional.

### **3.3 Población y muestra de estudio:**

La población esta constituida por los pacientes sometidos a biopsia en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo por patología tumoral benigna o maligna, durante los meses de enero a diciembre 2007. No se realizó muestreo debido a que la población es relativamente pequeña y accesible.

### **3.4 Variables y operacionalización de variables**

Ver en Anexos.

### **3.5 Técnica y método del trabajo**

Se revisó las historias clínicas y los informes anatomopatológicos de los pacientes sometidos a biopsia (realizadas bajo anestesia local) por presentar patología tumoral benigna y maligna durante los meses de enero a diciembre del año 2007 en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo.

La información recolectada fue consignada en un instrumento de recolección de datos diseñado para el presente estudio y pasó a formar una base de datos con fines de registro y procesamiento estadístico.

### **3.6 Instrumento de recolección de datos**

Para el presente estudio se ha elaborado un instrumento de recolección de datos en el cual se incluye la siguiente información: edad, sexo, procedencia, aspectos clínicos (signos y síntomas), localización topográfica de la lesión(es), forma, color, tamaño, número de lesiones, síntomas asociados y resultado anatomopatológico.

### **3.7 Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de los datos se realizó con el programa Excel para Windows, y para la estadística descriptiva se empleó el programa estadístico SPSS versión 15.0. Los datos serán presentados mediante tablas de frecuencia y para las variables cuantitativas serán presentados como media  $\pm$  desviación estándar. Para comparar la discordancia clínico-patológica de los tumores cutáneos con las variables sexo y localización de las lesiones se realizó estadística bivariada con la prueba chi cuadrado. Los cálculos se realizarán con un intervalo de confianza del 95 %.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE DATOS**



## 4.1 RESULTADOS

### CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA A NIVEL GENERAL

Se evaluó en total 152 diagnósticos clínicos y anatomopatológicos de tumores cutáneos, de ellos el 60.5 % correspondió a tumores cutáneos benignos y el 39.5 % a tumores cutáneos malignos. El tumor benigno más frecuente fue la queratosis seborreica (20.4 %) mientras que para los tumores malignos fue el carcinoma basocelular (17.1 %), lo cual se muestra en la tabla 1.

**TABLA 1:** Tumores cutáneos benignos y malignos sometidos a biopsia de piel y estudio anatomopatológico. Servicio de Dermatología HNMD. Enero – diciembre 2007.

TUMORES CUTANEOS	FRECUENCIA	%
Queratosis seborreica	31	20.4
Carcinoma basocelular	26	17.1
Nevus intradérmico	12	7.9
Quiste epidérmico de inclusión	9	5.9
Queratosis actínica	8	5.3
Carcinoma espinocelular	7	4.6
Granuloma piógeno	7	4.6
Melanoma maligno	6	3.9
Enfermedad de Bowen	4	2.6
Sarcoma de Kaposi	3	2.0
Linfoma cutáneo	3	2.0
Papiloma fibroepitelial	3	2.0
Nevus verrucoso	2	1.3
Granuloma tuberculoso	2	1.3
Hemangioma papilar	2	1.3
Otros	27	17.8
<b>TOTAL</b>	<b>152</b>	<b>100.0</b>

Se encontró correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en el 67.8 %, no existiendo diferencia estadísticamente significativa para las de tipo benigno y maligno ( $p = 0.384$ ).

Las características clínicas y así como la correlación clínico-patológica de las neoplasias benignas y malignas se presentan a continuación.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS TUMORES BENIGNOS

Ingresaron al estudio 92 diagnósticos clínicos de neoplasias benignas de la piel las cuales fueron obtenidas de mujeres en el 50.0 % y de varones en el 50.0 %; la edad promedio de los pacientes fue de  $44.9 \pm 21.1$  años. La media del tiempo de enfermedad fue de 50.2 meses, de inicio insidioso (97.8 %) y de curso progresivo (68.5 %).

Los especímenes de piel fueron obtenidos mediante biopsia por punch (58.7 %), losange (27.2 %) o shave (14.1 %). Las lesiones elementales predominantes fueron la pápulas (56.5 %), placa (17.4 %) y tumor (12.0 %) mientras que otras como quiste y úlcera fueron infrecuentes (Tabla 2). Las lesiones se presentaron principalmente en el rostro (43.4 %), miembro superior (19.6 %) y con menor frecuencia en la región inguinal y perineal (Tabla 3); en la mayoría de casos fueron de color marrón (41.3 %), normocrómicas (26.1%), rojizas (26.1 %), observándose también los colores, negro (5.4 %) y amarillento (1.1 %).

En el 64.1 % de pacientes las lesiones fueron únicas y en el 35.9 % fueron múltiples. Con respecto a la forma de las lesiones, el 87.0 % era redondeada, el 8.7 % era ovalada y el 4.3 % no tenía forma ni configuración; el 93.5 % tenía bordes definidos y en el 28.3 % de los pacientes se observó síntomas asociados como prurito (12/26 casos), dolor (7/26 casos) y sangrado (7/26 casos).

**TABLA 2:** Lesión elemental de pacientes con neoplasias benignas del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero -Diciembre 2007.

LESIÓN ELEMENTAL	FRECUENCIA	%
Pápula	52	56.5
Placa	16	17.4
Tumor	11	12.0
Mácula	7	7.6
Quiste	5	5.4
Úlcera	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 3:** Localización de neoplasias benignas en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero - diciembre 2007.

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
Rostro	40	43.5
Miembro superior	15	16.3
Miembro inferior	11	11.9
Espalda	11	11.9
Abdomen	7	7.6
Tórax	7	7.6
Región inguinal/perineal	1	1.1
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100.0</b>

#### CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA EN NEOPLASIAS BENIGNAS

El análisis de los diagnósticos clínico y anatomopatológico existió correlación en el 66.3 % de los casos. Los diagnósticos clínicos que no correlacionaron con la histopatología fueron con mayor frecuencia las queratosis seborreicas (3/31), pilomatrixoma (3/31) y cuerno cutáneo (3/31), lo cual se muestra en la tabla 4. El grado de discordancia no se vio modificado por el sexo de los pacientes ( $p = 0.500$ ) ni por la localización de las lesiones ( $p = 0.833$ ).

**TABLA 4:** Neoplasias benignas con menor correlación clínico-patológica. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Diciembre 2007.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS (*)
Queratosis seborreica	Queratoacantoma, carcinoma basocelular, melanoma maligno.
Pilomatrixoma	Granuloma tuberculoso, quiste epidérmico de inclusión, epitelioma calcificado.
Cuerno cutáneo	Queratosis seborreica, queratosis actínica, fibroepitelioma.
Nevus verrucoso	Queratosis seborreica, nevus displásico de Jaddason.
Granuloma piógeno	Hemangioma papilar, queratosis seborreica.
Quiste epidérmico de inclusión	Papiloma fibroepitelial, carcinoma basocelular.

(\*) Diagnósticos clínicos con 2 ó más discordancias.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Ingresaron al estudio 60 diagnósticos clínicos de neoplasias malignas de la piel las cuales fueron obtenidas de mujeres en el 51.7 % y de varones en el 48.3 %; la edad promedio de los pacientes fue de  $58.7 \pm 17.5$  años. El tiempo de enfermedad aproximado fue en promedio de 27 meses, de inicio insidioso (98.3 %) y de curso progresivo (75 %).

Los especímenes de piel fueron obtenidos mediante biopsia con punch (73.3 %) o losange (26.7 %). Las lesiones elementales predominantes fueron la placa (25.0 %), pápula (23.3 %), tumor (20.0 %) y úlcera (20.0 %) mientras que otras como nódulo y quiste fueron infrecuentes (Tabla 5). Las lesiones se presentaron principalmente en el rostro (63.3 %), miembro inferior (18.3 %) y con menor frecuencia en la región inguinal y perineal (Tabla 6); en la mayoría de casos fueron normocrómicas (48.3 %), de color rojizo (28.3 %), marrón (15.0 %), observándose también los colores, negro (6.7 %) y amarillento (1.7 %).

**TABLA 5:** Lesión elemental de pacientes con tumores malignos del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Diciembre 2007.

LESIÓN ELEMENTAL	FRECUENCIA	%
Placa	15	25.0
Pápula	14	23.3
Tumor	12	20.0
Úlcera	12	20.0
Mácula	4	6.7
Nódulo	2	3.3
Quiste	1	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**TABLA 6:** Localización de neoplasias benignas en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Diciembre 2007.

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
Rostro	38	63.3
Miembro inferior	11	18.3
Miembro superior	3	5.0
Espalda	3	5.0
Tórax	3	5.0
Abdomen	1	1.7
Región inguinal/perineal	1	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

En el 93.3% de pacientes las lesiones fueron únicas y en el 6.7 % fueron múltiples. Con respecto a la forma de las lesiones, el 60.0 % era redondeada, el 15.0 % era ovalada y el 25.0 % no fue consignada; el 83.3 % tenía bordes definidos y en el 30.0 % de los pacientes se observó síntomas asociados como prurito (9/18 casos), dolor (6/18 casos), sangrado (2/18 casos) y ardor (1/18).

#### CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA NEOPLASIAS MALIGNAS

El análisis de los diagnósticos clínico y anatomopatológico mostró correlación en el 70.0 % de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron con mayor frecuencia discordancia con la histopatología fueron el carcinoma basocelular (7/18), carcinoma espinocelular (3/18), melanoma maligno (2/18) y linfoma cutáneo (2/18), lo cual se muestra en la tabla 7. El grado de discordancia no se vio modificado por el sexo de los pacientes ( $p = 0.544$ ) ni por la localización de las lesiones ( $p = 0.825$ ).

**TABLA 7:** Neoplasias malignas con menor correlación clínico-patológica. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Diciembre 2007.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS (*)
Carcinoma basocelular	Queratosis actínica, queratosis seborreica, siringoma cornoide, nevus verrucoso, dermatitis crónica granulomatosa, queratosis folicular, criptococosis cutánea.
Carcinoma espinocelular	Cuerno cutáneo, queratosis seborreica, fibrohistiocitoma maligno.
Melanoma maligno	Queratosis seborreica, léntigo solar.
Linfoma cutáneo	Queratosis actínica, rosácea granulomatosa

(\*) Diagnósticos clínicos con 2 ó más discordancias.

## 4.2 DISCUSIÓN

En las últimas dos décadas, se ha observado un incremento de la incidencia de cáncer de piel en el ámbito mundial; el aumento de su mortalidad y morbilidad ha motivado estudiar las variables que intervienen en su diagnóstico clínico e histopatológico. De este modo, un diagnóstico preciso y precoz podría reducir su mortalidad, el

sufrimiento de los pacientes y los costos de la enfermedad. Es importante estudiar además a los tumores cutáneos benignos porque en ciertas condiciones pueden asemejarse clínicamente a neoplasias malignas.<sup>(33,34)</sup>

La falta de correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en patología tumoral es un fenómeno que no es ajeno a la literatura mundial. Como antecedentes internacionales se tienen los estudios de Parslew y Rhodes así como el de Cooper; mientras que, a nivel nacional no se cuenta con estudios.

Parslew y Rhodes (Inglaterra; 1997) estudiaron la eficacia del diagnóstico clínico de 1000 neoplasias benignas de la piel (Nevus melanocítico benigno, queratosis seborreica, verrugas virales y papilomas fibroepiteliales) en comparación con la histopatología en el Departamento de Dermatología del Royal Liverpool University Hospital durante 1990 y 1992. La histología confirmó el diagnóstico clínico en 89 % de los nevus melanocíticos benignos, el 89 % de las queratosis seborreicas, 83 % de las verrugas vulgares, 81 % de los papilomas fibroepiteliales. Siete neoplasias malignas (6 carcinomas basocelulares y un carcinoma espinocelular) fueron diagnosticadas como benignas, lo cual constituyó una importante discordancia clínico-patológica.<sup>(35)</sup>

Cooper investigó la eficacia del diagnóstico clínico en comparación con el histopatológico para neoplasias malignas de la piel en pacientes sometidos a transplante renal en hospitales de Oxford (Inglaterra) durante Mayo a Setiembre del año 2000. Se estudió 102 lesiones biopsiadas encontrándose un bajo rendimiento del diagnóstico clínico para el carcinoma basocelular en donde de 39 diagnósticos clínicos sólo 19 fueron confirmados por la histopatología correspondiendo los casos restantes a Enfermedad de Bowen (5/39), verrugas vulgares (3/39), queratosis actínicas (7/39) y a otros (5/39). Para el carcinoma basocelular, de 21 diagnósticos clínicos sólo 8 fueron confirmados por la histopatología, correspondiendo los casos restantes a carcinoma espinocelular (3/21), Enfermedad de Bowen (3/21), queratosis actínica (4/21) y a otros (3/21).<sup>(36)</sup>

El presente trabajo de investigación muestra que la ausencia de correlación clínico-patológica no es poco común en la práctica clínica diaria del Dermatólogo. Para el

hospital Nacional Dos de Mayo, el grado de correlación en patología tumoral durante Enero a Diciembre 2007, alcanzó a nivel general el 66.8 % lo cual constituye un nivel aceptable.

Los tumores que se diagnosticaron con mayor frecuencia en dicho hospital fueron las benignas y luego las malignas en una relación 1.5:1. Aunque las neoplasias malignas constituyen una amenaza para la vida de los pacientes y se tiende a pensar que existiría mayor discordancia clínico-patológica ocurrió lo contrario; es decir, el grado de discordancia fue ligeramente menor que el de las benignas existiendo una diferencia no significativa (30 % vs 33.7 % respectivamente).

Dentro de las neoplasias malignas fueron el carcinoma basocelular y el espinocelular las que mostraron menor grado de correlación. Cabe resaltar que a pesar de la no confirmación del diagnóstico clínico por la histopatología, los diagnósticos planteados como queratosis seborreica y queratosis actínica se encuentran dentro del diagnóstico diferencial de cáncer de piel no melanoma.

Los resultados del presente trabajo de investigación son similares a los reportados por Ek y col. (2005) quienes realizaron un estudio en el Peter McCallum Cancer Institute - Melbourne (Australia) donde comparan la eficacia del diagnóstico clínico con el histopatológico para los tumores cutáneos. Dichos autores encontraron para el carcinoma basocelular que el diagnóstico clínico tuvo una sensibilidad de 53.6 %, valor predictivo positivo (VPP) de 64.5 % y los casos de diagnóstico errado (Discordancia clínico-patológica) correspondieron en el 65 % a lesiones premalignas o benignas, 33.9 % a carcinoma espinocelular y 1% a melanoma maligno. La sensibilidad para el diagnóstico clínico de carcinoma de espinocelular fue de 53.6 %, el VPP fue de 40.3 % y los diagnósticos errados correspondieron en el 72.4 % a carcinoma de células escamosas in situ o lesiones premalignas. Finalmente, para el caso del melanoma maligno, la sensibilidad del diagnóstico clínico fue de 47.8 %, el VPP fue de 30.6 % y los errores diagnósticos correspondieron en el 92.0 % a neoplasias benignas mientras que dos casos correspondieron a cáncer de piel no melanoma (Carcinomas basocelular y espinocelular).<sup>(5)</sup>



La discordancia en el diagnóstico de los tumores cutáneos malignos ya ha sido reportada en estudios de investigación. En Chile, país vecino al nuestro, Zemelman y colaboradores reportaron en 5 hospitales metropolitanos de Santiago durante los años 1992 y 2001 que de un total de 1951 carcinomas basocelulares diagnosticados y enviados a examen histológico por dermatólogos el 22.5 % presentó otro diagnóstico (Discordancia); De 412 carcinomas espinocelulares, sólo 36.2 % tuvo diagnóstico clínico acertado y de 230 melanomas el 64.3 % tuvo un diagnóstico clínico correcto.<sup>(37)</sup>

Para el caso de las neoplasias benignas fueron las verrugas vulgares, queratosis seborreica, pilomatrixoma y cuerno cutáneo las que mostraron mayor grado de discordancia, observándose que con cierta frecuencia (3 de 92 casos) el diagnóstico clínico correspondió a tumores malignos como carcinoma basocelular y melanoma maligno. Esto concuerda también con lo reportado por Ek y col, quienes encontraron que de 149 tumores cutáneos diagnosticados clínicamente como benignos, 28.8 % (43) fueron de tipo maligno correspondiendo 14 casos a carcinoma basocelular, 23 a carcinoma espinocelular y 6 a melanoma maligno.<sup>(5)</sup>

La eficacia en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos puede ser afectada por la experiencia clínica. A nivel mundial existen estudios principalmente en cirugía plástica que muestran que cirujanos experimentados tienden a tener mayor sensibilidad para el diagnóstico de neoplasias malignas alcanzando el 100 % en comparación con especialistas no quirúrgicos y médicos en entrenamiento quienes tienen sensibilidades que varían entre el 30 y 44 %. Actualmente, no existen estudios de este tipo en nuestro país, ni para la especialidad de Dermatología ni para otras especialidades clínicas y/o quirúrgicas.<sup>(38)</sup>

El perfil clínico de los tumores en el Hospital nacional Dos de Mayo mostró que dentro de las neoplasias benignas aparecen principalmente en la adultez, no tienen predominio por el sexo, tienden a presentarse en regiones visibles como el rostro o miembros superiores (posiblemente esto motiva la consulta dermatológica), tienden a ser únicas, de color marrón (de repercusión estética) y sólo una baja frecuencia presenta síntomas asociados. El tumor cutáneo benigno predominante fue la queratosis seborreica. El perfil descrito para las neoplasias benignas concuerda con lo

reportado por Delgado en el Hospital PNP Central Luis N. Sáenz durante los años 1998 y 2000.<sup>(39)</sup>

Los tumores malignos en cambio se presentan a edades más avanzadas alcanzando un promedio de 58.7 años, tienden a tener un menor tiempo de enfermedad en comparación con los tumores benignos (27 meses en promedio versus 50 meses respectivamente), las lesiones se presentan con alta frecuencia en el rostro (63.3 %) la cual constituye un área fotoexpuesta, suelen ser únicas y en la mayoría de los casos normocrómicas. El tumor cutáneo maligno predominante fue el carcinoma basocelular. Este perfil concuerda con lo reportado por Kumakawa y Peching para el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los años 2002 y 2003 donde el carcinoma basocelular fue el más prevalente seguido de otros como el carcinoma espinocelular, sarcoma de Kaposi, melanoma de localización acral, linfomas cutáneos y metástasis cutáneas<sup>(32)</sup>.

El presente trabajo de investigación muestra que el grado de discordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico no depende del tipo de tumor (benigno o maligno), del sexo de los pacientes, ni de la localización de las lesiones. Es posible que la explicación más que microscópica sea de tipo bioquímica o molecular ya que se sabe que los tumores principalmente los malignos producen mediadores (polipéptidos, hormonas, citoquinas, factores de crecimiento, hormonas, anticuerpos, etc) que modifican el tejido circundante y a las propias células tumorales (desorganización incremento de la actividad celular) lo que podría provocar un patrón de similitud con otras entidades clínicas <sup>(40-42)</sup>.

La principal limitación del presente trabajo de investigación fue la escasa información publicada en nuestro medio respecto a la correlación o discordancia clínico-patológica en neoplasias de la piel y aunque si bien existen reportes de casos, no existen trabajos de investigación publicados en revistas de la especialidad o si los hay abordan tangencialmente este tema.

Si bien es cierto que los datos presentados en el presente trabajo de investigación son de tipo retrospectivo, esto no ha tenido influencia negativa debido a que el registro de los datos en los informes histopatológicos y en las historias clínicas fue adecuado en la mayoría de los casos.

### **4.3 CONCLUSIONES**

- El nivel de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante Enero - Diciembre 2007 fue del 67.8 %.
- El grado de discordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral benigna en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanza el 33.7 %.
- El grado de discordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral maligna en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanza el 30.0 %.
- La discordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico no es influenciada por el sexo y localización de las lesiones.
- Las neoplasias benignas de la piel más frecuentes durante el período de estudio fueron la queratosis seborreica, nevus intradérmico y el quiste epidérmico de inclusión, las cuales predominaron en adultos entre los 40 y 50 años sin predisposición por sexo.
- Las neoplasias malignas de la piel más frecuentes durante el período de estudio fueron el carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma maligno, siendo frecuentes en adultos y adultos mayores con leve predominio en el sexo femenino.

#### **4.4 RECOMENDACIONES**

Se ha estudiado de manera adecuada la prevalencia e incidencia hospitalaria de los tumores cutáneos, principalmente de los malignos; sin embargo, existen pocos

estudios en nuestro país que establezcan correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico. Se recomienda realizar investigaciones relacionadas al rendimiento del diagnóstico clínico no sólo de neoplasias cutáneas sino de diversas patologías que requieran biopsia, examen anatomopatológico, microbiológico u otros.

El conocimiento de las discordancias será útil al dermatólogo en el establecimiento de sus diagnósticos clínicos de acuerdo a nuestra realidad, incrementará su experiencia y precisión diagnóstica permitiendo la mejora de la realidad existente en beneficio del paciente.

## **CAPITULO V:**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Bauer J, Leinweber B, Metzler G, Blum A, Hofmann-Wellenhof R, Leitz N, et al. Correlation with digital dermoscopic images can help dermatopathologists to diagnose equivocal skin tumours. *Br J Dermatol* 2006; 155:546-51.
2. Schofield J. Benign skin tumours. *Medicine* 2005;33: 67-9
3. Perks G. Cysts and Benign Tumours of Skin. *Surgery (Oxford)* 2002; 20:150-2.
4. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common Benign Skin Tumors. *Am Fam Physician* 2003;67:729-38.
5. Ek EW, Giorlando F, Su SY, Dieu T. Clinical diagnosis of skin tumours: how good are we? *ANZ J Surg* 2005; 75: 415–20.
6. Giugliano C, Castillo P. Quistes dermoides nasoetmoidales manejo quirúrgico. *Rev Chil Pediatr* 2002;73: 280-4.
7. Lanchipa P, Saenz E, Zegarra R, et al. Pilomatrixoma: presentación inusual. *Dermatol Perú* 2004; 14: 57-9.
8. Del Risco C, Pila C, Pila C, Rosales P, Romay R. Schwannoma benigno del cuello. *ORL-DIPS* 2003; 30:206-9
9. Goldberg LH. Basal cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347:663-7.
10. Stulberg DL, Crandell B, Fawcett RS. Diagnosis and treatment of basal cell and squamous cell carcinomas. *Am Fam Physician* 2004; 70:1481-8.
11. Owen CM, Nicholas NR. Skin cancer. *Medicine* 2005; 33: 64-7.
12. Gloster HM Jr, Neal K. Skin cancer in skin of color. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55:741-60.
13. Skidmore RA Jr, Flowers FP. Nonmelanoma skin cancer. *Med Clin North Am* 1998; 82:1309-23.
14. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. *Lancet* 2005; 365:687-701.
15. Kalkman E, Baxter G. Melanoma. *Clin Radiol* 2004; 59:313-26.
16. Garavís JL. Precáncer y cáncer cutáneo (II). *SEMERGEN* 2003; 29: 532-41.
17. Cajaleon H, Chumpitaz V, Davila C y cols. Supervivencia en pacientes afectados por melanoma maligno en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Folia Dermatol* 2005; 16:09-14.
18. Randle H. The Less Common Skin Cancers. *Semin Cutan Med Surg* 2002; 21: 159-65.
19. Kaminsky A, Marina Díaz M, Gurfienkiel A. Carcinoma de células de Merkel. *Dermatol Peru* 2001; 11: 117-23.

20. Cordero M, Sorgentini C, Allevato M, Cabrera H, Juarez M. Fibroxantoma atípico. *Act Terap Dermatol* 2007; 30: 110-3
21. Rodríguez M, González M, Ramos-Garibay A. Dermatofibrosarcoma protuberans. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12: 95-100.
22. Burgos G, Sehtman A, Tous V, Devés A, Allevato M, Cabrera H. Enfermedad de Pager extramamaria. Tratamiento con Imiquimod. *Act Terap Dermatol* 2006; 29: 116-8.
23. Leyva M, Cortez F, Betanazos A. Angiosarcoma de partes blandas. *Dermatol Perú* 2005; 15: 237-40.
24. Ramos A, Guzmán O. Carcinoma sebáceo: comunicación de un caso en párpado inferior. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12:119-22.
25. Bernardos L, Cabrero A, Larrad L, Carretero JM, Argüello F, Turégano A, et al. Leiomioma sarcoma primario cutáneo. *Cir Esp* 2000; 68:258-60.
26. Ollague-Torres J, Vera M. Neoplasias de glándulas sudoríparas. *Dermatol Peru* 2005; 15: 211-21.
27. Youl PH, Baade PD, Janda M, Del Mar CB, Whiteman DC, Aitken JF. Diagnosing skin cancer in primary care: how do mainstream general practitioners compare with primary care skin cancer clinic doctors? *Med J Aust* 2007; 187:215-20.
28. Sellheyer K, Bergfeld WF. A retrospective biopsy study of the clinical diagnostic accuracy of common skin diseases by different specialties compared with dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:823-30.
29. Brodtkin RH, Rickert R, Machler BC. The dermatologist and managed care. *Cutis* 1996; 58:352.
30. Moreno G, Tran H, Chia AL, Lim A, Shumack S. Prospective study to assess general practitioners' dermatological diagnostic skills in a referral setting. *Australas J Dermatol* 2007; 48:77-82.
31. Terán B M, Pun Ch A, Galarza C, Suárez L. Determinación del valor predictivo positivo de las lesiones cutáneas elementales según su topografía con diagnóstico histopatológico. *Dermatología peruana* 2005; 15: 11-8
32. Kumakawa Z, Peching G. Prevalencia de neoplasias cutáneas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Período Enero 2002 - Diciembre 2003. *Folia Dermatol Peru* 2004; 15: 161- 6.

33. Gloster HM Jr, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg* 1996; 22: 217-26.
34. Plesko I, Severi G, Obsitnikova A, Boyle P. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancer in Slovakia, 1978-1995. *Neoplasma* 2000; 47: 137-42.
35. Parslew R, Rhodes LE. Accuracy of diagnosis of benign skin lesions in hospital practice: a comparison of clinical and histological findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1997; 9: 137-41.
36. Cooper SM, Wojnarowska F. The accuracy of clinical diagnosis of suspected premalignant and malignant skin lesions in renal transplant recipients. *Clin Exp Dermatol* 2002; 27, 436–8.
37. Zemelman V, Valenzuela CY, Fisch F, Road J, Honeyman J. Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1421-7.
38. Har-Shai Y, Hai N, Taran. Sensitivity and positive predictive values of presurgical clinical diagnosis of excised benign and malignant skin tumors: a prospective study of 835 lesions in 778 patients. *Plast. Reconstr. Surg* 2001;108:1982–9.
39. Delgado J. Tumores cutáneos en el Hospital Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, 1998 – 2000. Tesis Especialidad Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005.
40. Ghul G, Arruabarrena C, Escalante L, Serrano P. Síndromes paraneoplásicos cutáneos. *Semergen*. 2004;30:506-13.
41. Ramos W, Galarza C, Ortega A, Hanco J, Gutiérrez E, Uribe M, Gámez D, Ávila J. Dermatoses paraneoplásicas en el hospital Nacional Dos de Mayo. *Dermatol Peru* 2005; 15: 206 -10.
42. Gadwin-Sánchez F. Signos cutáneos de malignidad interna. *Dermatol Peru* 2005; 15: 181-5.

## **CAPITULO VI: ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

1- Filiación:

- Nombre: \_\_\_\_\_



- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: Masculino (    ) Femenino (    )
- H.C: \_\_\_\_\_
- Procedencia: \_\_\_\_\_

2 – Anamnesis:

- Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_
- Forma de inicio:            Insidioso (    )            Brusco (    )
- Curso:                        Estacionario (    )            Progresivo (    )
- Relato:
- Enfermedades asociadas previas:

3– Descripción clínica de la lesión:

Lesión elemental:

Localización:

Color:

Forma:

Bordes:

Tamaño:

Numero de lesiones:

Síntomas asociados.

4.- Tipo de biopsia a tomar:

“Losange”    (    )

“Punch”    (    )

“Shave”    (    )

5.- Exámenes Auxiliares:

6.- Diagnóstico clínico:

7.- Hallazgos histopatológicos:

8.- Diagnóstico Anatomopatológico:

**ANEXO 2**  
**DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CRITERIO DE MEDICIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO</b>
Sexo	Género del paciente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica
Edad	Tiempo de vida del paciente al momento del examen. Expresado en años.	Cuantitativa	De razón	Años cumplidos.	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica.
Tiempo de enfermedad	Periodo de tiempo desde que se inicia la enfermedad hasta la consulta	Cuantitativa	De razón	Meses	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica.
Clínica asociada	Signos y síntomas que se presentan desde el inicio de la enfermedad hasta la consulta	Cualitativa	Nominal	_____	Instrumento de recolección de datos Historia clínica
Examen Clínico	Características clínicas del examen preferencial	Cualitativa	Nominal	_____	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica.
Exámenes auxiliares	Conclusión descrita.	Cualitativa	Nominal	_____	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica.

### ANEXO 3

#### DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Grado de correlación	Nivel de concordancia entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos	Cualitativa	Nominal	Buena correlacion Mala correlacion	Instrumento de recolección de datos. Historia clínica
Tipo de Biopsia	Tipo de biopsia realizada según la naturaleza de la lesión elemental	Cualitativa	Nominal	"Losange" "Punch" "Shave"	Instrumento de recolección de datos Historia clínica. Reporte Operatorio.
Resultado anatomopatológico	Informe de la lectura de la pieza operatoria según el anatomopatólogo	Cualitativa	Nominal	Diagnostico histopatologico	Instrumento de recolección de datos Historia clínica.